Teofil Tia

GHID PSIHOPATOLOGIC de „diagnosticare provizorie”.

Universitatea «1 Decembrie 1918»
Facultatea de Teologie Ortodoxă
Catedra de Psihopatologie

Prostia este o boală nedureroasă a inteligenţei.
Emil Cioran

Prost nu e cel ce nu înţelege unele lucruri, cât de multe, ci acela care le înţelege pe toate pe dos.

* * *

Lenea nu-i odihnă şi de aceea-i lipseşte mulţămirea.

* * *

Ataci o părere a unui prost şi te trezeşti cu prostul întreg în discuţie.

* * *

Surdul vorbeşte mai tare decât cel care aude, iar prostul mai mult decât cel care înţelege.
Nicolae Iorga

* * *

Căutăm binele fără a-l găsi vreodată, în schimb găsim răul fără să-l căutăm.
Democrit

Violenţa săgeţii conferă demnitate ţintei.
Roberto Campos

Nu-ţi arăta degetul bolnav, căci fiecare va veni să-l lovească.
Gracián

Când nu ne găsim tihna în noi înşine, e de prisos s-o căutăm în altă parte.
La Rochefoucauld

The grand essentials of happiness are: *something to do, something to love, and something to hope for*.

Lucrurile esenţiale pentru a fi fericit sunt: *să ai ceva de făcut, pe cineva să iubeşti şi ceva la care să speri*.
Allan K. Chalmers

Qui cum multă sunt saepe perpessi facilius ferunt quidquid accidit.

Cei care au suferit mult, suportă mai uşor tot ce se întâmplă.

Cicero

Qui cum sapientibus gradietur sapiens erit.

Cel care merge împreună cu cei înţelepţi, va deveni înţelept.

Septiiaginta

* * *

Les grandes douleurs sont muettes.

Marile dureri sunt mute.

Vauvenargues

În faţa lui Dumnezeu, geniul e văr primar cu idiotul.

Petre Ţuţea

Şi c'est la raison qui fait l'homme, c'est la sentiment qui le conduit.

Dacă raţiunea formează omul, sentimentul e însă acela care îl conduce.

J.J. Rousseau

Oamenii supravieţuiesc, nu datorită grijii pe care şi-o poartă ei înşişi, ci prin dragostea celorlalţi faţă de ei.

Lev Tolstoi

Mă tem de omul unei singure cărţi.

C'est une grande misère que de n'avoir pas assez d'esprit pour bien parler, ni assez de jugement pour tăiere.

Mare pacoste să nu ai destul duh ca să vorbeşti frumos, nici destulă judecată ca să taci.

La Bruyère

* * *

GHID PSIHOPATOLOGIC
de „diagnosticare provizorie".

I. PSIHOZELE SCHIZOFRENICE

Schizofreniile reprezintă un grup de *psihoze endogene***1**, de obicei cronice, din punct de vedere clinic fiind caracterizate prin semne de *disociere mentală* (o simptomatologie centrată în jurul sindromului disociativ) *discordanţă afectivă şi activitate delirantă*, *incoerentă*, care are ca efect *diminuarea eficienţei unor funcţii principale ale psihicului*, fapt care are drept consecinţă degradarea personalităţii, determinând o rupere a contactului cu lumea exterioară şi o repliere autistă**2**

Ele *debutează în special în adolescenţă şi la tinereţe*, evoluând episodic sau continuu.

Elementele definitorii sunt: sindrom disociativ, sindrom delirant, durată mai mare de 6 luni, tulburări de comunicare, lipsa unor cauze organice.

Tabloul psihopatologic cuprinde o serie de tulburări care afectează toate procesele psihice:

— *Tulburările de percepţie* se concretizează în *fenomene halucinatorii*, prezente în toate stadiile bolii (atitudinea bolnavului faţă de acestea oscilează între două extreme: de la nelinişte şi participare afectivă maximă, la indiferenţă şi detaşare aproape totală). Caracteristice sunt *halucinaţiile auditive* (voci ce se adresează direct bolnavului, conversează cu el, îi comentează acţiunile şi uneori chiar îi spun ce să facă). La fel de semnificative sunt *sonorizarea gândirii* (bolnavul vorbeşte sigur pe stradă) şi *halucinaţiile corporale*, mai ales kinestezice**3** şi tactile.

— *Gândirea* este afectată atât în ceea ce priveşte conţinutul**4**

---

[1] Endogen = care este de origine internă, care apare fără concursul unor influenţe ale mediului exterior. Termenul este antonim cu cel de „exogen", care în patologia mentală desemnează întregul câmp de cauzalitate care purcede din mediul extern organismului.

[2] Stare patologică manifestată prin ruperea legăturilor psihice cu lumea exterioară şi intensa trăire a vieţii interioare.

[3] Chinestezíe = totalitate a simţurilor corpului omenesc, bazate pe sensibilitate, fără participarea văzului.

[4] Delirul. În cadrul tulburărilor care afectează cu preponderenţă conţinutul

cât şi manifestarea. Este prezentă sub diferite forme *incoerenţa*, ce poate ajunge de la o lipsă de relaţie logică între diferite idei, până la *alterarea structurii sintactice*.

— *Tulburările de limbaj* nu apar în formele uşoare ale bolii, însă în majoritatea cazurilor, atât limbajul vorbit, cât şi cel scris, prezintă tulburări aflate în corelaţie cu cele ale gândirii, determinând destabilizarea altor funcţii psihice.

— În domeniul *afectivităţii* tulburarea caracteristică schizofreniei este *indiferenţa afectivă*, în sensul pustiirii lăuntrice, atât sub aspect sentimental, cât şi emoţional. La începutul bolii predomină *o labilitate sau o fluctuaţie rapidă a sentimentelor*, asociată cu *pierderea sentimentului de simpatie* în special în raport cu *persoanele apropiate*, în primul rând cu membrii familiei. În decursul evoluţiei bolii se pot înregistra fenomene de inversiune afectivă şi de ambivalenţă afectivă.

— *Tulburările de atenţie* nu au o prezenţă şi semnificaţie deosebită în schizofrenie şi apar de obicei pe fondul unor alte tulburări. Este prezentă în special *diminuarea cantitativă a atenţiei*.

— *Tulburările de memorie*, fără a face nici ele parte din simptomatologia specifică, apar sub forma *dificultăţii de fixare şi concentrare pe ceva anume*, cauzată de lipsa de interes pentru mediul înconjurător. Se înregistrează allomnezii (amintiri reale, dar modificate) şi pseudomnezii (produse ale imaginaţiei cu caracter de amintiri).

Principalele forme de schizofrenie sunt:

A. Schizofrenia simplă

Este definită ca o psihoză care se manifestă insidios prin

---

gândirii, pe prim plan se află delirul trăit primar şi aparent nemotivat. Delirul este definit ca relaţia unui subiect cu o realitate exterioară construită de el şi luată drept realitatea însăşi, cu o convingere absolută şi de nezdruncinat. „Teme" specifice delirului sunt: megalomania, persecuţia, universul pasional (gelozia, rotomania), hipocondria etc.

În schizofrenie delirul este nesistematizat din cauza incoerenţei şi lipsei sale de logică. Schizofrenia este caracterizată de teme multiple sau schimbătoare. Delirul se construieşte prin anumite mecanisme, cele mai importante fiind halucinaţia, interpretarea eronată (reprezintă o judecată falsă, ce pleacă însă de la o percepţie corectă), intuiţia (constituită din reprezentări şi idei încărcate cu semnificaţie nemotivată) şi imaginaţia.

bizarerii ale conduitei, *incapacitatea de a face faţă exigenţelor sociale şi scăderea tuturor performanţelor*. Debutul este lent. Tabloul clinic se caracterizează prin *pierderea treptată a interesului faţă de sine*, *faţă de cei din jur*, *faţă de societate*, scăderea capacităţii de ordonare şi programare a activităţii, *lipsă de perseverenţă* şi tenacitate. Toate acestea duc la scăderea coerenţei şi eficienţei comportamentului, ajungându-se la *neglijenţă în ţinută şi igienă precum şi la nerespectarea normelor sociale*. Subiectul este autorul unor acte bizare, misterioase, care în cazuri extreme pot deveni periculoase, agresive.

Gândirea este incoerentă, *cu expresii verbale sărace*; frecvent se ajunge la autism, închiderea în sine putând fi expresia unor preocupări în universul interior.

Din punct de vedere afectiv subiectul ajunge la *detaşare*, *răceală*, *respingerea celor apropiaţi*, ambivalenţă şi respingere afectivă; apar tulburări ale instinctului sexual manifestate prin homosexualitate, exhibiţionism, prostituţie.

Fenomenele delirant-halucinatorii sunt de scurtă durată, iar voinţa este scăzută. Răspunsul la terapie este slab.

* * *

B. Schizofrenia hebefrenică

Se instalează insidios la vârsta pubertăţii sau a adolescenţei, peste trei sferturi din cazuri având *debut treptat*. Hebefrenia are simptome specifice vârstei la care se instalează: infatuare, tendinţă la obrăznicie, hipersensibilitate, iritare la contrazicere, dar şi precocitate şi preocupări deosebite, abstracte. Comportamentul este pueril, „golănesc", iar gândirea este incoerentă, dezlânată, procesele asociative fiind alerte, frecvent apărând dislogii (neologisme, para-gramatisme) şi disgrafii.

Conţinutul patologic al gândirii este caracterizat frecvent prin *preocupări şi convingeri delirante*, pe teme erotice, de invenţie, de reformă, la care se pot adăuga convingeri delirante de persecuţie, urmărire sau teme hipocondrice. Există o tendinţă spre „filosofare" şi „introspecţie metafizică".

Afectivitatea urmăreşte tematica delirantă; dispoziţia de fond este mixtă sau cu *înclinaţie către anxietate* (*sau depresie*), *ce alternează cu stări euforice*.

Evoluţia este severă, forma hebefrenică fiind considerată *o formă de nucleu a schizofreniei*: adesea se ajunge la *demenţă profundă*

cu tocire afectivă, incoerenţă accentuată în desfăşurarea proceselor asociative, *comportament imprevizibil*. Răspunsul la tratament este destul de slab.

* * *

C. Schizofrenia catatonică

Acesteia îi este specific sindromul catatonic**5**, care constă într-o stare de *inerţie sau de pierdere a iniţiativei motrice*. Pe acest *fond de pasivitate* se observă fenomene psihomotorii semiautomate şi semiintenţionate cum ar fi: catalepsia (menţinerea atitudinilor impuse), flexibilitatea ceroasă (plasticitatea maselor musculare în mişcările pasive), parakineziile**6** (stereotipii, manierisme**7**, mimică paradoxală sau paramimie**8**), negativism şi sugestibilitate. Dintre acestea cele mai semnificative sunt *stereotipiile*, *negativismul şi sugestibilitatea catatonică*.

Stereotipiile sunt mişcări coordonate, cuvinte sau fraze ce se remarcă prin fixitatea şi *repetiţia lor într-o formă imuabilă*. Există *stereotipii de poziţie*, *de mişcare*, *de expresie*, *stereotipii în scris şi chiar stereotipii ale gândirii şi ale halucinaţiilor*. Negativismul poate fi pasiv, când bolnavul nu face ceea ce se aşteaptă de la el, sau activ, când bolnavul face altceva sau chiar contrariul. *Sugestibilitatea* poate fi considerată opusă negativismului deoarece constă într-o *supunere automată*, *fără rezistenţă*, *la orice ordin sau solicitare din afară*.

Exagerarea acestor fenomene catatonice, inhibitorii (hipokinetice**9**) constituie *stupoarea catatonică*, ce poate fi întreruptă

---

[5] Catatonie = sindrom psihomotor al schizofreniei, caracterizat printr-o stare de fixare a corpului în anumite poziţii, conduită stereotipă şi stupoare mintală. [Gen. -iei. / < fr. catatonie, cf. gr. kata – în jos, tonos – tensiune].

[6] Parachinezie, parachinezii = tulburare a funcţiei motorii, constând în efectuarea unor mişcări anormale. [Scris şi: parakinezie] – Din fr. parakinésie.

[7] Manierism = lipsă de naturaleţe în comportare (în artă, constă într-un formalism în realizarea operelor, caracterizat prin tendinţa de a înzorzona cu elemente artificiale. (din fr. maniérisme);

[8] Paramimie, paramimii = Parachinezie constând în pervertirea expresiei mimice până la lipsa concordanţei dintre mimică şi trăirile emoţionale ale bolnavului; repetare stereotipă sau perseverarea uneia şi aceleiaşi expresii mimice în stări emoţionale diferite. – Din fr. paramimie.

[9] Cinetic, -ă (adj.) Referitor la mişcare; de mişcare; ◊ Energie cinetică = energie pe care o produce un corp în mişcare; artă cinetică = artă care integrează operei mişcarea produsă de un motor sau efecte de lumini şi care, sub motiv că opera

prin impulsiuni şi uneori crize mari hiperkinetice, constituind *agitaţia catatonică*.

Evoluţia este benignă, dând remisiuni mai bune faţă de alte forme ale schizofreniei. Există însă riscul trecerii din această formă în forma paranoidă sau într-o formă mixtă, hebe-freno-catonică. Se foloseşte în mod deosebit terapia electroconvulsivă.

* * *

D. Schizofrenia paranoidă

Aceasta este o formă frecvent întâlnită în clinică, caracterizată prin:

* *debut relativ târziu* faţă de celelalte forme (în jurul vârstei de 30 de ani);

* *preponderenţa halucinaţiilor şi a delirului*;

* *conservarea într-o anumită măsură a personalităţii* şi a capacităţilor de inserţie socială pentru o perioadă de timp mai lungă decât în alte forme;

* *tulburări mai puţin importante* ale activităţii generale.

Perioada de început este în general mai îndelungată, tabloul clinic fiind dominat de *idei delirante de persecuţie*, *misionarism*, *transformare corporală însoţită de halucinaţii*. Sub influenţa ideilor delirante, schizofrenii paranoizi redactează lucrări cu conţinut literar sau ştiinţific (ex.), memorii, denunţuri şi reclamaţii, putând trece şi la măsuri de apărare şi devenind în felul acesta asociali şi chiar periculoşi. Alteori, prin fenomenul de orientare dublă, delirul poate fi izolat sau încapsulat, ceea ce permite o adaptare socială de multe ori satisfăcătoare.

* * *

E. Schizofrenia afectivă

Se caracterizează prin prezenţa *sindromului maniacal depresiv* la care se adaugă elemente ale *sindromului disociativ sau delirant*, toate acestea pe fondul absenţei oricărei tulburări organice. Tabloul clinic este dominat de tulburări în sfera afectivităţii, la care trebuie să se adauge cel puţin unul dintre simptomele:

* *halucinaţii auditive* cu caracter comentativ;

---

este în continuă mişcare, manifestă tendinţa de a crea opere de artă semiindustriale pe baza unui prototip. [< fr. cinétique, cf. gr. kinetikos – mişcător].

* delir de *halucinaţii nelegate de sfera afectivă*;

* idei de influenţă;

* idei delirante persistente, cel puţin o lună după remisia episodului afectiv;

Evoluţia este bună (asemănătoare cu a psihozelor afective), acest tip de schizofrenie având *cel mai bun pronostic de revenire dintre toate formele de schizofrenie*. Prezintă totuşi riscul suicidar.

* * *

F. Schizofrenia reziduală

Este cea mai des întâlnită în practică, fiind *o formă evolutivă comună tuturor celorlalte tipuri clinice*, aşa-zisa *„schizofrenie ambulatorie"*. Subiectul este de obicei capabil să se însereze în grupul socio-familial, însă profesional nu se poate integra decât greu (şi, de obicei, la un nivel inferior celui de dinaintea debutului). Criteriile de diagnosticare sunt:

* tocire afectivă;

* izolare socială;

* comportament excentric;

* prezenţa cel puţin a unui episod acut schizofrenic în antecedente.

Articol I. II. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Trăsăturile de personalitate sunt *moduri durabile de percepere, relaţionare şi gândire despre mediul social şi despre sine*, care se manifestă într-o largă gamă de contexte. Atunci când trăsăturile de personalitate sunt *inflexibile şi dezadaptive*, cauzând fie deteriorarea funcţională, fie suferinţă subiectivă importantă, ele constituie tulburări de personalitate.

Manifestările tulburărilor de personalitate se recunosc adesea din adolescenţă (sau mai precoce) şi continuă de-a lungul celei mai mari părţi a vieţii adulte. Ele devin însă mai puţin evidente la o vârstă medie sau la bătrâneţe.

Diagnosticul va fi pus numai când elementele caracteristice sunt tipice pentru activitatea pe termen lung a persoanei şi nu sunt limitate la episoade discrete de maladie. Redăm în continuare o clasificare a tulburărilor de personalitate după DSM IV.

A. Tulburarea de personalitate de tip paranoid a). Tendinţa constantă şi nejustificată, începând precoce în viaţa adultă şi prezentă într-o varietate de contexte, *de a interpreta acţiunile oamenilor ca fiind*

deliberat înjositoare sau amenințătoare, după cum este indicat de cel puțin patru dintre următoarele situații:

1. se așteaptă (fără un motiv consistent) *să fie exploatat sau nedreptățit* de alții;

2. are, fără nicio justificare, *dubii în legătură cu loialitatea și sinceritatea prietenilor sau a asociaților*;

3. Întrezărește *intenții josnice sau amenințătoare ascunse în cele mai benigne remarci sau evenimente*, de exemplu, suspectează că vecinul își scoate afară lucrurile dimineața ca să-l agreseze pe dânsul;

4. poartă ranchiună sau este *exploziv la lipsa de respect a altuia față de sine*;

5. *nu are încredere în alții* din cauza temerii nejustificate că orice informație va fi folosită împotriva sa;

6. este *prompt în a reacționa cu mâinile* pentru contraatac;

7. are, în mod nejustificat, *dubii în legătură cu fidelitatea soției* sau partenerei sexuale;

b) Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei sau a tulburării delirante.

B. Tulburarea de personalitate de tip schizoid a). Se manifestă printr-un mod de a fi plin de *indiferență față de relațiile sociale* și o gamă restrânsă de experiențe emoționale (începând de timpuriu în viața adultă), care este prezent într-o varietate de contexte:

1. nici nu dorește și nici *nu se bucură de relațiile strânse*, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii;

2. aproape întotdeauna *preferă activitățile solitare*;

3. rar (sau chiar niciodată!) pare *a trăi emoții puternice*, cum ar fi mânia sau bucuria;

4. manifestă puțină dorință (sau deloc) de a avea *experiențe sexuale* cu altă persoană (etatea trebuie luată în considerație);

5. este *indiferent atât la laudele, cât și la criticile* altora;

6. nu are *amici sau confidenți apropiați* (sau exclusiv unul) alții decât rudele de primul grad;

7. este rece, distant și *prezintă rar gesturi sau expresii faciale de reciprocitate*, cum ar fi zâmbetul sau înclinarea aprobativă a capului;

c) Nu survine exclusiv în cursul evoluției schizofreniei sau a unei tulburări delirante.

C. Tulburarea de personalitate de tip schizotipal

Un mod de *relaționare interpersonală deficitar*, cu particularități

de comportament începând de timpuriu în perioada adultă, prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin cinci din următoarele:

1. idei de referinţă (exclusiv ideile delirante de referinţă);

2. *anxietate socială excesivă*, adică disconfort extern în situaţii sociale implicând persoane nefamiliale;

3. *convingeri stranii sau gândire magică*, care influenţează comportamentul şi sunt incompatibile cu normele culturale (de exemplu: superstiţiozitatea, credinţa în clarviziune, telepatie sau cel de-al şaselea simţ, convingeri de genul: «alţii îmi pot simţi sentimentele», iar la copii şi adolescenţi, fantezii sau preocupări bizare);

4. *experienţe perceptuale insolite*, *greu credibile*, de exemplu, iluzii, detectarea unei forţe sau persoane care în realitate nu este prezentă („Simţeam că mama mea moartă era în cameră cu mine.”);

5. *comportament sau înfăţişare bizară sau excentrică*: neglijenţă (nepieptănat), manierisme insolite, vorbitul cu sine însuşi;

6. *niciun fel de amici sau confidenţi apropiaţi* (sau numai unul) alţii decât rudele de gradul I;

7. *limbaj bizar* (incoerent, vag, inadecvat de abstract);

8. *reacţii inadecvate sau diminuate* (de exemplu, răspunde rar, rezervat, stupid în gesturi şi lipsa unor expresii faciale precum ar fi zâmbetul sau înclinatul aprobativ al capului);

9. suspiciozitate sau ideaţie paranoică

D. Tulburarea de personalitate de tip antisocial

Elementul esenţial al acestei tulburări este *un mod de comportament iresponsabil şi antisocial* care începe în copilărie (sau de timpuriu în adolescenţă) şi se continuă în perioada adultă. Pentru a putea fi pus acest diagnostic, persoana trebuie să fie de cel puţin 18 ani şi să aibă un „istoric” de tulburare al conduitei mai înainte de etatea de 15 ani.

Minciuna, *furtul*, *chiulul*, *vandalismul*, *iniţierea de bătăi*, *vagabondajul şi cruzimea fizică* sunt semne tipice copilăriei. În perioada adultă comportamentele antisociale continuă şi pot include: *incapacitatea de a onora obligaţiile financiare*, de a acţiona ca un părinte responsabil sau de a se planifica, precum şi *incapacitatea de a susţine un comportament constant în muncă*. Aceşti oameni *nu reuşesc să se conformeze normelor sociale şi comit de repetate ori acte*

antisociale, care sunt motive de arest.

a. Vârsta: cel puţin 18 ani.

b. Evidenţa unei tulburări de conduită cu debut înainte de etatea de 15 ani, după cum este indicat de un „istoric" de trei sau mai multe din următoarele:

1. *a „chiulit" adesea*;

2. *a fugit de acasă* de cel puţin două ori în timp ce locuia în casa părintească (sau a substitutului parental), sau o dată fără să se mai întoarcă;

3. a iniţiat adesea bătăi (încăierări);

4. *a utilizat arme* în mai mult decât o singură încăierare;

5. a forţat pe cineva să aibă *contact sexual* cu el;

6. a manifestat *cruzime faţă de animale*;

7. a manifestat *cruzime faţă de oameni*;

8. a *distrus în mod deliberat proprietatea altora* (altfel decât prin incendiere);

9. s-a angajat în mod deliberat în *incendieri*;

10. *a minţit adesea* (în alt scop decât acela de a evita maltratarea fizică sau sexuală):

11. *a furat fără a se confrunta cu victima* în mai mult decât o ocazie (inclusiv falsificarea);

12. a furat confruntându-se cu victima (de exemplu, jaf, furt de poşete, furt cu mână armată);

c). Un mod de comportament iresponsabil şi antisocial de la etatea de 15 ani, după cum este indicat de cel puţin 4 din următoarele:

1. Este incapabil să susţină un comportament constant în muncă, după cum este indicat de oricare din următoarele (inclusiv comportamentul similar în situaţii şcolare, dacă persoana este elev):

* *lipsa de ocupaţie timp de 6 luni* (sau mai mult), în decurs de 5 ani, deşi este aşteptat să lucreze, având unde;

* *repetate absenţe de la lucru* neexplicate printr-o maladie a sa sau a unui membru al familiei sale;

* *abandonarea a diverse locuri de muncă fără a avea planuri realiste* de a găsi altele.

2. *Incapacitatea de a se conforma normelor sociale* referitoare la comportamentul permis, după cum indică repetată comitere a actelor antisociale care sunt motiv de arest (fie că ajunge arestat sau nu), de exemplu: distrugerea proprietăţii, furtul, angajarea în preocupări

ilegale;

3. Este *iritabil şi agresiv*, fapt indicat de bătăile şi atacurile corporale repetate (neimpuse de propria-i profesie, spre a se apăra, pe sine sau pe altcineva), incluzând maltratarea soţiei sau a copilului;

4. *Eşecuri repetate în a-şi onora obligaţiile financiare*, după cum este indicat de condamnarea pentru datorii sau incapacitatea de a asigura subzistenţa copilului sau a altor dependenţi în mod regulat;

5. Este *incapabil să prevadă* sau este impulsiv după cum este indicat de unul sau ambele item-uri:

* *călătoreşte din loc în loc* fără serviciu prearanjat, sau cu un scop precis pentru perioada călătoriei, ori având o idee clară despre când se va termina călătoria;

* *lipsa unei adrese fixe* pentru o lună sau mai mult.

6. *Nu pune niciun preţ pe adevăr*, după cum demonstrează minciuna repetată, uzul de „alias"-uri sau manipularea altora în profitul sau pentru plăcerea sa;

7. Este *imprudent referitor la propria sa siguranţă* sau la siguranţa altora (conducerea maşinii în timp ce este băut sau condusul repetat cu viteză excesivă);

8. Este lipsit de capacitatea de a fi un părinte responsabil, după cum indică unul sau mai multe din următoarele:

* *malnutriţia copilului*;

* maladii ale copilului rezultând din *lipsa unui minim de igienă*;

* incapacitatea de a obţine *îngrijirea medicală* pentru un copil suferind;

* *dependenţa copilului de vecini* sau de rude pentru mâncare şi adăpost;

* *incapacitatea de a găsi un îngrijitor* pentru copilul mic când părintele acestuia este plecat de acasă;

* *risipirea repetată pe articole personale a banilor* necesari pentru cheltuielile casei.

9. Nu a susţinut niciodată *o relaţie monogamă* pentru mai mult de un an;

10. *Lipsa de remuşcări* (se simte îndreptăţit să violenteze, să maltrateze sau să fure de la altcineva).

d). Apariţia comportamentului antisocial nu exclusiv în timpul evoluţii schizofreniei sau a episoadelor maniacale.

E. Tulburarea de personalitate de tip bordeline

Elementul esenţial al acestei tulburări este constituit de *o instabilitate a imaginii de sine*, *a relaţiilor interpersonale şi a dispoziţiilor*, începând de timpuriu la maturitate, prezent într-o varietate de contexte.

O *anumită perturbare de identitate* este aproape invariabil prezentă, manifestându-se prin *incertitudine în legătură cu diverse aspecte ale vieţii*, cum ar fi imaginea de sine, orientarea sexuală, planificarea vieţii pe termen lung, alegerea carierei, a prietenilor, a partenerilor sexuali etc. Persoana experimentează adesea o asemenea instabilitate a imaginii de sine, precum şi *insatisfacţie şi dezgust*.

Putem identifica acest tip de tulburare dacă există cel puţin 5 din următoarele:

1. *Relaţii interpersonale instabile*, caracterizate intens prin alternarea între extremele de supraidealizare şi disprețuire;

2. *Impulsivitate* în cel puţin două arii care sunt potenţial auto-prejudiciante (de exemplu: cheltuieli, sex, uz de substanţe narcotice, conducere imprudentă a unui autovehicul, automutilare);

3. *Instabilitate afectivă*, trecerea bruscă de la dispoziţia de bază pozitivă la depresie, iritabilitate sau anxietate (durând câteva ore, iar – mai rar – mai mult de câteva zile);

4. *Mânie intensă*, inoportună sau constantă, bătăi repetate;

5. Ameninţări, tendinţă spre comportament suicidal sau automutilant;

6. *Perturbare marcată şi persistentă de identitate*, manifestată prin *incertitudine* în legătură cu cel puţin două din următoarele elemente: *imaginea de sine*, *orientarea sexuală*, *scopurile pe termen lung sau alegerea carierei*, *tipul de prieteni doriţi*, *valorile preferate*;

7. Sentiment cronic de insatisfacţie sau dezgust;

8. Eforturi disperate de *a evita abandonul*, *real sau imaginar* (exclusiv comportamentul suicidar sau automutilant).

F. Tulburarea de personalitate de tip histrionic

Este caracterizată de *o emoţionalitate excesivă* şi o sete imensă de a fi în centrul atenţiei, începând de timpuriu în perioada adultă. Acest tip este prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin 4 din următoarele:

1. Caută constant sau cere *reasigurare*, *aprobare sau laudă*;

2. Persoanele în cauză sunt puţin atractive din punct de vedere sexual;

3. Persoana este *extrem de preocupată de atracţia sa fizică*;

4. *Îşi exprimă emoţiile cu o exagerare inadecvată* (de exemplu, îmbrăţişează persoane cunoscute din întâmplare cândva cu o emotivitate excesivă, debordantă), plâns cu suspine, nu se poate controla în ocazii sentimentale, are accese de furie;

5. Este deranjată de *situaţiile în care nu este în centrul atenţiei*;

6. Se schimbă atitudinal rapid şi îşi *exprimă adeseori superficial emoţiile*;

7. Este *auto-centrată*, acţiunile ei fiind orientate spre *obţinerea de satisfacţie imediată*, nu are nicio toleranţă pentru frustrare; este exasperată când o gratificaţie întârzie;

8. Are un *stil de a vorbi care este excesiv de impresionist* şi *lipsit de detalii* (de exemplu, când este pusă să-şi descrie mama, nu poate fi explicită, afirmând doar că „ea era o persoană frumoasă").

G. Tulburarea de personalitate de tip narcisist

Se caracterizează printr-o atitudine de grandoare (în fantezie sau comportament), lipsă de empatie şi susceptibilitate anormală în evaluarea altora (începând de timpuriu în perioada adultă) prezentă într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin 5 din următoarele:

1. *Reacţionează la critică cu furie*, ruşine sau umilinţă (chiar dacă nu este exprimată);

2. *Este exploatator impersonal*; înşală pe alţii pentru a-şi realiza propriile scopuri;

3. Are *un sentiment exagerat al importanţei de sine* (de exemplu, îşi exagerează realizările şi talentele, aşteaptă să fie remarcat ca „special", fără nicio realizare corespunzătoare;

4. Crede că *problemele sale sunt unice* şi pot fi înţelese numai de anumiţi oameni;

5. Este preocupat de *fantezii de succes nelimitat*, putere, strălucire, frumuseţe sau amor ideal;

6. Are un *sentiment de îndreptăţire*, aşteptând permanent un *tratament din partea altora extrem de favorabil* (de exemplu consideră că nu trebuie să aştepte la un rând, pe când alţii trebuie să o facă);

7. *Pretinde atenţie şi admiraţie*, ţine să „pescuiască" complimente;

8. *Lipsă de empatie*: e incapabil de a recunoaşte şi experimenta ceea ce simt alţii (de exemplu, e iritat şi revoltat când un prieten

suferind grav revocă o petrecere);

9. Este deseori stăpânit de *invidie*.

H. Tulburarea de personalitate de tip dependent

Un altfel de tip de comportament începe de timpuriu în viaţa adultă şi este prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin 5 din următoarele:

1. Este *incapabil să ia decizii de fiecare zi* fără o cantitate excesivă de avize şi reasigurări din partea altora;

2. Permite *altora să ia cele mai multe din deciziile importante referitoare la sine* (de exemplu, unde să locuiască, ce serviciu să-şi ia etc.);

3. *Este de acord cu oamenii chiar când aceştia nu au dreptate*, din frica perspectivei de a ajunge un exclus;

4. Are dificultăţi în a iniţia proiecte sau a *întreprinde ceva din proprie iniţiativă*;

5. De bunăvoie *face lucruri care sunt neplăcute sau înjositoare* cu *scopul de a-i determina pe ceilalţi să-l placă*;

6. Se simte dezolat şi *neajutorat când este singur*, şi se deplasează la mari distanţe pentru a evita să fie singur;

7. *Se simte distrus* şi neajutorat când relaţiile strânse se finalizează;

8. Este frecvent cuprins de *teama de a nu fi abandonat*;

9. Este *uşor de lezat prin critică sau dezaprobare*.

I. Tulburarea de personalitate de tip sadic a). În acest caz *comportamentul individului este crud*, *josnic şi agresiv* (începând de timpuriu în viaţa adultă) după cum este indicat de apariţia repetată a cel puţin 4 din următoarele:

1. *A utilizat cruzimea sau violenţa fizică în scopul stabilirii dominaţiei într-o relaţie*;

2. *Umileşte sau insultă oamenii în prezenţa altora*;

3. A tratat sau a adus pe cineva *sub controlul său într-o manieră extrem de dură* (un copil, elev, prizonier sau pacient);

4. Este amuzat sau *îi produce plăcere suferinţa fizică sau psihică a altora* (inclusiv a animalelor);

5. *A minţit cu unicul scop de a face rău sau de a provoca durere* altora;

6. Pune alţi oameni să facă ceea ce el doreşte prin *înfricoşarea* acestora (prin intimidare sau chiar teroare);

7. *Restrânge autonomia celor cu care se află în strânsă relaţie* (de exemplu, nu-şi lasă soţia să plece de acasă neînsoţită sau nu permite fiicei sale adolescente să participe la activităţi extra-şcolare);

8. Este *fascinat de violenţă*, arme, arte marţiale, vătămare şi tortură.

* * *

b). Comportamentul de la punctul A. nu a fost îndreptat numai contra unei singure persoane (soţie, copil) şi are drept unic scop excitaţia sexuală (ca în sadismul sexual).

J. Tulburarea de personalitate de tip autodistructiv a). Persoana în cauză poate *evita adesea sau submina experienţele plăcute*, poate provoca situaţii sau relaţii în care sunt prezente cel puţin 5 din următoarele:

1. *Preferă oameni şi situaţii care duc la decepţie, eşec sau maltratare*, chiar când, evident, sunt disponibile opţiuni mult mai bune;

2. Respinge sau face ineficiente încercările celorlalţi de a-l ajuta;

3. După evenimente personale pozitive (de exemplu o reuşită) *răspunde cu depresie, culpă sau cu un comportament* care produce durere (de exemplu un accident);

4. *Incită la mânie sau la răspunsuri respingătoare* din partea celorlalţi, iar apoi se simte ofensată, respinsă sau umilită (de exemplu îşi bate joc de soţ în public, provocând o replică furtunoasă, apoi se simte distrusă);

5. Îşi iroseşte orice oportunitate de dobândire a unei plăceri sau *refuză să admită că se bucură* (cu toate că are aptitudini sociale adecvate şi capacitate pentru plăcere);

6. *Eşuează în îndeplinirea sarcinilor cruciale pentru obiectivele personale* cu toată abilitatea demonstrată de a o putea face (de exemplu, îşi ajută colegii să-şi scrie lucrările, dar este incapabil s-o scrie pe cea proprie);

7. Nu este atrasă şi *respinge oamenii care în mod constant o tratează bine* (de exemplu, nu este atrasă de partenerii sexuali plini de solicitudine);

8. *Se angajează în sacrificii excesive*, care nu sunt solicitate de cei avuţi în vedere.

* * *

b). Comportamentele de le punctul A. nu survin exclusiv ca

răspuns la sau ca o anticipare a faptului de a fi maltratat fizic, sexual sau psihic.

c). Comportamentele de la punctul A. nu survin numai când persoana este depresivă.

III. OLIGOFRENIILE

Oligofreniile sunt stări reziduale de etiologie**10** complexă şi variată, caracterizate prin *dezvoltare psihică deficitară* ce *afectează întreaga sferă a vieţii psihice*, dar în special funcţiile cognitive, în grade diferite faţă de subiecţi de aceeaşi vârstă care au avut condiţii similare de dezvoltare.

În afara proceselor psihice cognitive, într-o mai mare sau mai mică măsură *sunt afectate şi vorbirea*, *motricitatea*, *activitatea*, *sfera afectiv-motivaţională*, *caracterul*. Dezvoltarea deficitară a proceselor intelectuale *devine evidentă din perioada copilăriei* şi nu poate beneficia de recuperări majore. Funcţiile cognitiv-operaţionale se menţin *sub nivelul normal* înregistrat la aceeaşi categorie de vârstă, dar există posibilităţi ca, prin aplicarea cât mai precoce a tratamentelor etiologice specifice, prin crearea de condiţii de viaţă adecvate şi prin aplicarea metodelor educative şi didactice speciale, să se asigure *o pregătire şcolară şi profesională satisfăcătoare*, îndeosebi în cazurile deficienţei psihice uşoare şi medii, astfel încât să fie posibilă *integrarea lor socio-profesională*. Oligofrenia se poate datora unor factori genetici sau unora externi care au acţionat prenatal, perinatal sau postnatal.

A. Elemente definitorii

— *Dezvoltare psihică deficitară*, avându-şi etiopatogenia în factori care intervin până la vârsta de 3 ani;

— *Deficienţă cognitiv-operaţională*, asociată frecvent cu tulburări afective, voliţionale şi comportamentale, cu repercusiuni asupra întregii personalităţi;

— Simptomatologie organică cu specificitate relativă (neurologică, endocrinologică), a cărei frecvenţă şi severitate este proporţională cu gravitatea deficienţei.

Manualele de psihiatrie descriu trei grade de oligrofenie:

1. Întârziere mintală uşoară (debilitate): O.I. = 50 – 70

---

[10] Etiologie = Ramură a medicinii care studiază cauzele bolilor şi factorii care influenţează apariţia diverselor boli. [Pr.: -ti-o] – Din fr. étiologie.

2. Întârziere mintală medie (imbecilitate): O.I. = 35 – 49

3. Întârziere mintală gravă (idioţenie): O.I. = 0-34

Se mai vorbeşte de aşa-numitul intelect de limită recunoscut de către unii autori şi încadrat între intelectul normal şi întârzierea mintală uşoară (O.I. = 71 – 89). Acesta este considerat ca fiind o întârziere mintală ce poate fi *determinată de condiţiile culturale şi educative neadecvate* unei dezvoltări normale.

B. Debilitate (oligofrenie de gradul I)

Reprezintă forma cea mai frecvent întâlnită (aproximativ 80% din totalul întârzierilor mintale) şi cuprinde subiecţii ce ating un O.I. între 50 şi 70. La vârsta adultă aceşti subiecţi au *o vârstă mintală corespunzătoare unui copil de 9 – 10 ani*. Neasociată de obicei cu anomalii fizice, această deficienţă *trece neobservată până la vârsta preşcolară sau şcolară*, când dificultăţile de învăţare atrag atenţia asupra dezvoltării deficitare a gândirii. Se impune în majoritatea cazurilor orientarea spre instituţii speciale de profil, în scopul instruirii şcolare şi profesionale.

Limbajul se formează de obicei cu întârziere; vocabularul rămâne limitat, folosindu-se multe *cuvinte parazite şi expresii stereotipe*.

Gândirea este concretă, lentă, rigidă (pot rezolva probleme practice şi mai puţin abstracte); se deosebeşte greu esenţialul de neesenţial. Operaţiile gândirii (comparaţia, clasificarea, analiza, sinteza, generalizarea) se desfăşoară imperfect, debilii aplicând greu sau deloc cele învăţate într-o situaţie nouă. De asemenea, debilii pot învăţa calculul elementar, dar *nu pot rezolva problemele care implică un grad de abstractizare* (nu înţeleg algebra).

Atenţia poate fi uneori în limite normale, alteori, e deficitară.

Memoria poate fi la unii debili în limite normale, caz în care ea compensează într-o oarecare măsură deficienţele gândirii. *Predomină memoria mecanică şi mai puţin cea logică*.

Afectivitatea este imatură şi labilă, cu posibilităţi reduse de *autocontrol emoţional*; deseori manifestările emotive sunt exagerat de puternice comparativ cu cauza ce le-a produs (crize de furie, râs). Ei pot deveni impulsivi şi pot chiar comite acte agresive, întrucât *nu-şi pot controla pornirile instinctuale*. Unii debili sunt indiferenţi sub aspect afectiv şi au o capacitate redusă de a stabili contacte interpersonale.

Atitudinile educative necorespunzătoare din familie sau şcoală pot determina *tulburări de comportament*; acestea apar deoarece debilii *sunt influenţabili* şi *nu pot prevedea consecinţele acţiunilor lor*; din acest motiv ei sunt uneori folosiţi de delincvenţi ca „unelte" în furturi sau chiar crime.

Debilii pot fi şcolarizaţi şi îşi pot însuşi cunoştinţele prevăzute pentru primele patru clase din şcolile de masă. Ei trebuie orientaţi spre şcoli ajutătoare unde, în opt ani, învaţă materia care în şcolile de masă se învaţă în primele patru clase. În continuare pot frecventa şcolile profesionale unde învaţă meserii simple.

La vârsta adultă, mulţi debili mintali duc o existenţă relativ independentă, pot lucra ca muncitori necalificaţi în locuri de muncă fără pericole, *sub supravegherea altor muncitori*. Pot apărea greutăţi în înţelegerea şi *rezolvarea situaţiilor mai dificile din viaţă* şi de aceea, în temenea situaţii, au nevoie de sprijin din partea familiei. Realizarea şi menţinerea căsătoriei este dificilă din cauza asimilării insuficiente a normelor morale şi a capacităţii reduse de stăpânire a impulsurilor.

La examenul psihologic, unii copii obţin rezultate de debilitate mintală, deşi în realitate nu sunt debili. Acestea sunt cazuri de *pseudodebilitate mintală*, care pot apărea ca reacţie afectivă la unele conflicte cu familia sau şcoala, şi care se manifestă prin *inhibiţie*, *timiditate*, *emotivitate exagerată*, *incapacitate de a reţine cele învăţate*, ceea ce duce la eşec şcolar. În acest caz deficienţa intelectuală este reversibilă şi poate fi înlăturată prin scoaterea copilului din mediul traumatizant.

C. Imbecilitate (oligofrenie de gradul II)

Reprezintă aproximativ 15% din ansamblul deficienţelor de întârziere mintală şi corespunde unui O.I. Între 35 şi 49. Deficienţa este evidenţiată din copilăria timpurie prin *dezvoltare psihomotorie încetinită* sau prin asocierea de *anomalii psihice discrete*. La vârsta adultă, imbecilii au un nivel mental corespunzător unui copil de 5 – 7 ani.

Limbajul poate fi însuşit, dar cei mai mulţi imbecili fac *greşeli gramaticale*, *vocabularul fiind restrâns*, existând şi defecte de articulaţie. Limbajul scris nu poate fi însuşit decât în cazuri rare, iar atunci se realizează prin copiere de text; la fel şi cititul.

Gândirea este concretă, imbecilii înţelegând şi putându-se descurca în unele situaţii familiale, dar neputându-se descurca în

situaţii neobişnuite; ei nu pot fi şcolarizaţi.

Atenţia este *instabilă*, *fluctuantă*, *iar memoria diminuată*. Există cazuri de imbecili cu memorie (mecanică) excepţională care pot memora cantităţi mari de informaţii, pe care nu le pot însă utiliza.

Afectivitatea este imatură şi labilă; unii sunt indiferenţi, pasivi, izolaţi, alţii afectuoşi şi ataşaţi de persoanele care se ocupă de ei. O caracteristică a afectivităţii imbecililor este că *nu au sentimente de inferioritate*, *condiţia lor părându-li-se normală*. Capacitatea de control emoţional este redusă; fac crize nemotivate de plâns, negativism, furie. Din cauza tulburărilor de afectivitate, integrarea socială este dificilă; din aceleaşi motive pot comite acte agresive, antisociale.

Imbecilii sunt *parţial educabili*, se pot alimenta singuri, au *deprinderi elementare de igienă*, se pot apăra de pericole fizice imediate, pot efectua munci simple sub supraveghere. Ei se adaptează mai bine în mediul rural şi rămân dependenţi social toată viaţa, având nevoie de sprijin din partea familiei şi a societăţii. Pot fi internaţi în cămine-spital.

D. Idioţenie (oligofrenie de gradul III)

Reprezintă *o formă severă de deficienţă psihică asociată întotdeauna cu malformaţii multiple*, tulburări somatice diverse – neurologice (motorii: pareze, paralizii, stereotipii), ale sensibilităţii (prag algic**11**

crescut), ale senzorialităţii (surditate, cecitate etc). Idioţii nu depăşesc nici la vârsta adultă vârsta mintală de doi ani. Fizic, ei prezintă de obicei malformaţii şi tulburări neurologice. Cei mai mulţi nu reuşesc să înveţe să meargă în formele cele mai grave, controlul sfincterian nu este format.

Limbajul, în majoritatea cazurilor, se rezumă doar la ţipete nearticulate. Unii reuşesc totuşi să înveţe câteva cuvinte.

Activitatea lor este *lipsită de scop*, stau în pat indiferenţi sau se balansează ritmic. Idioţii devin agitaţi fără motiv, se lovesc sau devin agresivi şi sunt incapabili să se apere de pericole. Mulţi dintre ei *nu învaţă să se hrănească singuri*, iar datorită acestui fapt au nevoie *permanentă de îngrijire şi supraveghere*.

Subiecţii cu această deficienţă mintală sunt *complet*

---

[11] Álgic, ă adj. = referitor la durere; care provoacă durere. [< fr. algique].

irecuperabili. Prezenţa unui copil idiot într-o familie reprezintă o mare dramă, care tulbură adânc echilibrul familiei şi relaţiile acesteia cu societatea. De aceea se recomandă *scoaterea copilului din familie şi plasarea lui într-o instituţie specială* (cămin-spital). Efortul educaţional susţinut într-o astfel de instituţie poate conduce la *dobândirea deprinderilor elementare de autoservire*, a controlului sfincterian, însuşirea unui limbaj minim, iar uneori chiar la executarea unor operaţii simple, stereotipe, sub supraveghere.

E. Oligofrenie nespecificată

Acest concept va fi utilizat când există *o prezumţie serioasă de retardare mintală*, dar persoana este *intestabilă prin teste de inteligenţă standard*. Poate fi cazul sugarilor sau al copiilor, al adolescenţilor şi al adulţilor care sunt *prea deterioraţi sau necooperanţi pentru a fi testaţi*.

IV. DEMENŢELE

1. Prezentarea clinică

Termenul «demenţă» provine din cuvântul latin «demens» care înseamnă «ieşit din minte» sau «alienat mintal». Se caracterizează prin pierderea *memoriei şi a abilităţilor intelectuale*, a puterii de judecată raţională şi a gândirii abstracte. De asemenea, apar *impedimente în vorbire*, precum şi schimbări radicale în personalitate şi în controlul impulsurilor.

La cei mai mulţi pacienţi *demenţa se dezvoltă în mod progresiv* (luni sau chiar ani), dar tot aşa de bine aceasta poate să erupă dintr-odată. *Spre deosebire de delirium*, *demenţa se prezintă fără starea de obsesie sau mustrare de conştiinţă*. Iniţial se observă o pierdere de memorie a evenimentelor recente cum ar fi: cuptorul şi aragazul uitate aprinse, pierderea cheilor, convorbiri incoerente, precum şi altele asemănătoare acestora: dezorientare cu privire la locuri, străzi, chiar până acolo că-şi uită şi casa şi pe cei dragi şi apropiaţi. Surprinzător însă, *ceea ce reţin în mod pregnant sunt evenimentele copilăriei*, locurile natale şi perioada adolescenţei, şi acestea, descrise uneori cu lux de amănunte.

Personalitatea celor afectaţi de demenţă se schimbă dramatic, *uneori chiar în opoziţie cu cea preexistentă*.**12** Inabilitatea unei

---

[12] Spre exemplu, dintr-un bunic fălos şi plin de sine cândva, iată-l acum într-un

gândiri, a unei judecatăţi raţionale precum şi lipsa controlului impulsurilor lăuntrice, sunt elemente comune pentru aceşti pacienţi afectaţi de demenţă. Se poate remarca *susceptibilitatea diferitelor forme de comportament*, prezentându-se atât sub forma unei *vorbiri obraznice* şi nepoliticoase, cât şi prin expunerea părţilor genitale, ori prin furturi sau acte minore de vandalism.

O altă formă pregnantă de manifestare se atribuie *abilităţilor intelectuale deteriorate*. Pacienţii prezintă deficienţe în expresia numirii obiectelor (agnosia/agnozie), de asemenea, dificultate sau chiar *pierderea totală sau parţială a facultăţii de-a vorbi şi de-a înţelege limbajul articulat* (afazie) vorbirea devenind stereotipică, încetinită, lipsită de vigoare, ba mai mult, irelevantă în detalii, toate aceste aspecte progresând odată cu înrăutăţirea tulburărilor neurologice.

Alte aspecte semnificative de remarcat sunt *simptomele lipsei de coordonare în mişcări*, cauzată fiind de leziunile cerebrale (apraxia/apraxie**13**) concretizate în *incapacitatea pregătirii celor necesare hranei*, a condusului maşinii, administrarea corectă a resurselor monetare, ca şi incapacitatea executării celorlalte activităţi necesare vieţii de fiecare zi. În *evaluarea unor asemenea pacienţi*, se recurge la *simplele teste de evaluare a stării cognitive*, urmând apoi celelalte forme, mult mai complexe şi detaliate, în prognozele privitoare maladiei.

Câteva forme simple de *evaluare cognitivă*: la o simplă analiză se va observa *dificultatea pacientului de a desena o casă*, de a copia un pătrat, de a asambla câteva cuburi sau blocuri mici de plastic. De multe ori *severitatea acestor simptome nu e recunoscută până la momentul* când pacientul respectiv este mutat într-un loc nou pentru el.**14**

---

colţ calm şi resemnat, gândul şi mintea răzleţ colindă locuri care de mult sunt uitate. De cealaltă parte a imaginii, o bunicuţă a cărei caracter de odinioară arăta gingăşie şi tandreţe, iat-o acum victima unor stări de dizgraţie pentru cei din jur, ba mai mult, acuzându-şi vecinii şi pe cei apropiaţi de fapte şi acţiuni cu totul bizare.

[13] Apraxie, apraxii, s.f. = Lipsă de coordonare în mişcări cauzată de leziuni ale creierului. – Din fr. apraxie.

[14] Atunci când pacientul este confruntat cu situaţia asimilării de noi informaţii, sau unul dintre cei doi parteneri de viaţă (soţ, soţie) decedează, situaţie în care membrii familiei pot realiza condiţia de fapt a stării sănătăţii părinţilor lor, aceasta poate pentru prima dată.

De cele mai multe ori pacienţii *îşi scuză comportamentul straniu*, prezentându-l ca fiind o consecinţă a situaţiei dificile prin care trec momentan. În unele cazuri aceştia devin *ruşinoşi*, *intimidaţi de situaţie*, *anxioşi*, *demoralizaţi*, *iritabili*; *hypochondriasis* (*ipohondria*) *creşte*; *energia şi entuziasmul descresc*.**15**

De asemenea, o situaţie destul de comun întâlnită este starea de confabulaţie**16** (simptom ce constă în prezentarea inconştientă a unor fapte imaginare cu scopul de-a ascunde adevărul cu privire la realitate), precum şi *o accentuată stare de suspiciune şi idei paranoice*, în mod special când respectivul pacient are probleme în a vedea sau auzi. În cazul evaluărilor clinice, pacienţii ce prezintă simptomele demenţei se simt incomozi de-a lungul acestui proces, ba mai mult, toate mişcările şi acţiunile ce le execută sunt foarte calme şi încetinite, prezentând chiar aspectul unor mişcări rigide şi lente, până şi expresia facială are aspectul de plictiseală sau indiferenţă faţă de tot ceea ce se petrece în jur.

2. Clasificarea demenţelor

Demenţa se caracterizează prin patru forme distincte, anume:

(*1*). *Demenţa de tip Alzheimer*, care este cea mai răspândită dintre formele demenţei, afectând aproximativ 50% din numărul total al pacienţilor cu această maladie;

(*2*). *Demenţa de tip Vascular*, numită şi „multi-infarct demenţă", ce afectează aproximativ 9 – 15% din numărul total al pacienţilor, principala ei cauză fiind *hipertensiunea sau embolia***17**. Contrar ideii vehiculate în popor, demenţa vasculară nu este nici pe departe

---

[15] Unii dintre pacienţi simulează "reacţii catastrofice" sau "crize de incontinenţă emoţională", răspunzând prin forme stimulatoare cum ar fi hohote de râs, ostilitate, sau chiar plânsete şi bocete, sau în unele situaţii manifestând o stare de perplexitate sau chiar imobilitate. Incontinenţă s.f. = Lipsă de continenţă, eliminare involuntară a urinei sau a materiilor fecale, neputinţă de a reţine urina sau materiile fecale. ♦ Neputinţă de a-şi înfrâna unele dorinţe sau acţiuni. ♦ Fig. (Fam.) Logoree, limbuţie. – Din fr. incontinence, lat. incontinentia.

[16] Mitomanie = Boală psihică caracterizată prin tendinţa de a denatura adevărul, de a inventa fapte care nu s-au petrecut în realitate;

[17] Emboliile sunt particule minuscule de cheag sangvin, ce se desprind uneori din inimă sau din carotida arterială, iar în zona gâtului, în direcţia spre creier, se produc blocaje cu aceste cheaguri sangvine, cauzând astfel moartea (infarctul celulelor creierului).

rezultatul arteriosclerozei (îngroşarea şi sclerozarea pereţilor arterelor).**18**

Mai mult de jumătate din numărul total al bătrânilor ce sunt spitalizaţi sunt diagnosticaţi cu demenţă, iar mai mult de jumătate din cei cu demenţă prezintă demenţa de Tip Alzheimer, considerată a fi a *patra sau a cincea boală din a cărei cauză se înregistrează decesele* între bătrâni.**19** Aproximativ 1% din numărul de adulţi posedă una din formele dezordinii cognitive prezentate în prezentul capitol. Termenul „organic" a fost eliminat deoarece implica confuzie dihotomică între tulburările psihice şi fizice.

Simptomele fundamentale ale acestei tulburări cognitive sunt caracterizate prin *prezenţa alienaţiilor mintale*, *dezorientare*, *gândire redusă*, *confuzie*, precum şi pierderea capacităţilor intelectuale. De asemenea, comune acestei boli sunt *halucinaţiile*, *iluziile*, *nălucirile*, *schimbarea personalităţii*, precum şi alte *reacţii secundare emotive*.**20**

Decesele cele mai frecvente sunt *rezultatul subnutriţiei*, *deshidratărilor*, *infecţiilor*, *pneumoniilor sau*, *destul de des*, *infarctele*. Deşi mulţi din cei diagnosticaţi cu demenţă seamănă în comportament între ei în primele trepte ale maladiei, totuşi anumite simptome specifice pot fi folosite în *determinarea diferenţiată a bolii*.**21**

În ultima fază de manifestare a demenţei se constată *reapariţia reflexelor copilăriei*, mai precis a celor specifice perioadei infantile. Când este atins pe gură sau pe obraz, pacientul respectiv reacţionează sub forma aşa numitului „reflex înrădăcinat", care se manifestă prin

---

18 În vederea eliminării şansei de reapariţie a infarctelor, se recomandă terapia cu aspirină, fapt ce poate favoriza sau încetini procesul de degradare prin demenţă vasculară. În anul 2000 mai mult de 4 milioane de oameni au fost afectaţi de această maladie. Demenţa năpăstuieşte aproximativ 58% din cei aproape 1,3 milioane de bătrâni ce locuiesc în instituţii specializate pentru bătrâni, costul aferent cheltuielilor necesare depăşind cifra de $12, 5 BILIOANE US dollari pe an.

19 Această statistică se referă la populaţia americană

20 Exemplu fiind depresiile şi mustrările de conştiinţă, obsesiile etc.

21 Acestea includ demenţa vasculară, demenţa de tip Parkinson, demenţa de tip Huntington, Wernicke-Korsakoff – şi cea mai rară şi contagioasă – (în cazul în care creierul sau fluidul din corp este mâncat) este demenţa de tip Creutzfeldt-Jakob.

întoarcerea capului sau a întregului organism în direcţia de unde a fost atins (gură, obraz etc). Acest reflex adaptiv este întâlnit doar în perioada infantilă (la sugari) aşa cum a fost amintit mai sus în situaţiile de alăptare, fie prin alăptarea maternă (piept), fie prin celelalte forme ajutătoare. Când un obiect oarecare este pus pe gura sau pe buzele pacientului, în mod necondiţionat apare reflexul tendinţei de sugere.

3. Epidemiologia

Incidentele ca urmare a demenţei de tip Alzheimer se intensifică odată cu procesul de îmbătrânire, atingând *maxima intensitate la vârsta cuprinsă între 70 şi 80 de ani*. Alţi pacienţi sunt prezentaţi de către membrii familiei doctorului, ca având un temperament izbucnitor mânios, răutăcios, sau uneori predispuşi situaţiilor ruşinoase necorespunzătoare în public, sau chiar prezentându-se destul de suspicioşi în relaţiile cu cei din jur.

Cunoaşterea deteriorării cognitive, a puterii de memorare a pacienţilor, devine tot mai clară şi evidentă, prin studierea şi evaluarea recordurilor medicale anterioare. Pacienţii cu depresii nervoase pot manifesta uneori o scăzută putere de memorizare, existând *posibilitatea identificării unor tulburări de scurtă durată a memoriei*.

Câteodată, în special la începutul acestei boli, pacientul afectat, involuntar bine-nţeles, va aminti şi repeta în mod continuu cunoscutele expresii: „Nu ştiu ce se-ntâmplă, dar pierd foarte multe lucruri. Mai mult de atât, nu ştiu unde le-am lăsat. Câteodată, nici nu-mi reamintesc măcar… drumul spre casă”. Luând în considerare curăţenia şi igiena personală, folosirea unui limbaj vulgar şi neîngrijit, retragerea din grupurile sociale ca şi o atitudine de desconsiderare faţă de cei din jur, *stările necontrolate*, *abuzive şi chiar actele violente* sunt cadrul câtorva aspecte ce prezintă scena acestei maladii.

O deosebită responsabilitate revine familiilor acestor pacienţi, care în final vor recurge la constrângerea libertăţii pacientului, concretizând aceasta prin *iminenta intervenţie clinică psihoterapeutică*, *respectiv spitalizarea*. Cel mai important şi promiţător fapt de remarcat în cazul demenţei este acela că *în anumite cazuri această tulburare mintală este tratabilă*.

Intoxicarea cu substanţe narcotice sau afecţiunile hepatice (ciroze), hipotiroidismul, tumorile cerebrale sau benigne, sunt oarecum infrecvente, dar totuşi recunoscute şi prezente uneori, influenţabile fiind în *cauzarea demenţei*. *Consumul excesiv (cronic) de*

alcool este asociat de cele mai multe ori cu starea de degradare a memoriei, lucru care este diferit de *Wernicke-Korsakoff Syndrom*, aceasta în cazul detectării devreme; de multe ori poate fi reversibilă prin abstinenţa de la băuturi alcoolice. Oricum, acest subiect este încă destul de comentat şi controversat.

În acelaşi timp însă, mulţi cercetători au remarcat unele considerabile asocieri între Boala Huntington şi celelalte boli afective, concluzionând că *de cele mai multe ori bolile afective se comportă ca fiind preludiul maladiilor asemănătoare* celei discutate anterior, Demenţei de Tip Huntington. În perioada finală însă, cei mai mulţi pacienţi diagnosticaţi cu această maladie prezintă o personalitate monotonă, insenzitivă influenţei psihosociale.

Genetic. În cazul rudeniilor de gradul întâi (exemplu: frate, sora, mama, tata) ale pacienţilor afectaţi de Demenţa de Tip Alzeheimer, există probabilitatea de 3 – 4 ori mai mare *de a transmite genetic generaţiilor ulterioare această maladie*. Asemenea incidente pot deveni cu un risc mult mai ridicat în cazurile în care *această boală neurologică îşi face apariţia înaintea vârstei de 60 – 65 de ani*.

Se poate întâmpla ca în unele familii, acolo unde unul dintre părinţi posedă această genă, *şansele transmiterii ereditare copiilor să fie de aproximativ 50%. Această probabilitate creşte la 75%, dacă ambii părinţi sunt afectaţi de demenţă*. Copiii acestor familii tind să manifeste prezenţa aceleaşi maladii aproximativ la aceeaşi vârstă la care au manifestat-o şi părinţii lor. În celelalte cazuri spontane, vulnerabilitatea genetică spre Demenţa de Tip Alzeheimer este neclară. Estimările efectuate arată că aproximativ 30 – 80% dintre cazurile de demenţă pot fi relatate la aspectul genetic-indus.

Mulţi dintre cercetătorii în acest domeniu sunt de acord cu ideea că demenţa de tipul Alzeheimer reprezintă de fapt o varietate complexă şi mixtă de alte tulburări şi boli.

Psihologic. În tot procesul normal al vieţii, deşi „irigarea" sangvină a creierului descreşte odată cu procesul de îmbătrânire, acesta are capacitatea de a-şi extrage permanent oxigenul necesar. *În cazul demenţei de tip Alzheimer însă, creierul este alimentat sangvin într-un mod deficient*: există posibilitatea extragerii din sânge a ambelor elemente importante (oxigen şi glucoză), dar în proporţie

mică.**22**

4. Criterii de diagnostic

Aşa cum s-a discutat anterior, *demenţa trebuie să fie diferenţiată de delirium*. Deoarece *delirium*-ul se manifestă prin dezorientare şi pierdere de memorie, demenţa nu poate fi diagnosticată până după ce simptomele *delirium*-ul sunt absolvite.

Afazia (pierderea totală sau parţială a capacităţii de a vorbi şi de a înţelege limbajul articulat), *agnozia* (pierderea sau tulburarea funcţiilor intelectuale de recunoaştere a celor văzute, auzite şi pipăite), *apraxia* (lipsa de coordonare în mişcări, cauzată de leziuni ale creierului), sunt mult mai mult *comune demenţei de tip Alzheimer decât delirium-ului*.

Cu trecerea anilor se observă faptul că *aproximativ 10 – 15% din capacitatea funcţiilor neuropsihologice se pierde*. Printre acestea se numără şi pierderea memoriei: nume, date uitate; documente puse fără să-şi mai aducă aminte unde, învăţarea de noi date devine din ce în ce mai greoaie, gândirea devine mult mai încetinită, iar rezolvarea problemelor obişnuite devine tot mai greoaie. Consecinţa multor pierderi funcţionale se explică prin performanţa încetinită a întregului organism.

În cazul demenţei de tip Alzheimer, declinul în funcţiile neuropsihologice este (în mod tipic) *superior a 85%*. Este adevărat că *unele deteriorări intelectuale similare pot să apară şi în schizofreniile cronice*. Prezenţa acestora în cazul demenţei este însă puţin probabilă. Oricum, se poate observa foarte clar din istoricul simptomelor pacientului respectiv dacă diagnosticul ce-l caracterizează este schizofrenia.

Cea de-a doua posibilitate a demenţei de a fi confundată este aşa-numita boală *„pseudodemenţa"*, *caracterizată prin semnele specifice depresiei majore*, care, în esenţă, poate fi tratată clinic. De aceea aproximativ *10 – 35% din populaţia bătrână afectată de depresie majoră*, *este în mod greşit diagnosticată cu demenţă*, deoarece ambele

---

[22] După deces, prin autopsie, se constată faptul că înlăuntrul neuronilor pacienţilor diagnosticaţi cu demenţa de tip Alzheimer se găsesc mănunchiuri torsionate de proteine numite «neurofibrillary tangles» (încurcătură neurofibroasă), care pot fi asemănate cu nişte tuburi minuscule.

diagnostice prezintă în mare aceleaşi simptome de pierdere de memorie, confuzie, dezorientare, apatie şi chiar hypochodriasis (ipohondrie).

Un alt simptom, *anhedonia* (an + hedonia = fără + plăcere = lipsa de interes sau plăcere faţă de situaţiile care în mod normal sunt plăcute), este vizibil la pacienţii cu depresie; diferiţi de cei menţionaţi mai sus sunt *pacienţii diagnosticaţi cu demenţă*, a căror tendinţă este, în acest context, de a nu-şi limita interesul faţă de asemenea activităţi. Când un pacient cu depresie este întrebat ce ar îndrăgi mai mult, răspunsul simplu şi concis este: «Nimic». În completă opoziţie cu aceştia, un pacient diagnosticat cu demenţă, va spune: «Vreau să merg până la magazin să cumpăr…», sau dacă viaţa i-a fost dedicată studiilor sau cititului, acesta va vrea să citească un articol interesant, sau chiar să vizioneze un film anume.

Pacienţii demenţi *nu prea pot face lucruri complexe*, nu mai reuşesc să facă bine *nici acele activităţi care din rutină obişnuiau a le face* în trecut, (prepararea culinară, lucrările grădinăritului, croşetatul sau orice alt lucru de mână), dar totuşi *persistă în a face cel puţin lucrări mici* şi acceptabile. Se observă faptul că pacienţii deprimaţi, de cele mai multe ori, răspund întrebărilor prin tăcere sau prin cunoscutele expresii: «Nu ştiu nimic…»; în schimb, pacienţii demenţi răspund prin comentarii apropiate întrebărilor ce le-au fost puse.

De asemenea, în cazul depresiilor, problemele cognitive se dezvoltă relativ în mod rapid, abrupt, (de ordinul zilelor, maximum două luni), pe când adevărata demenţă este un proces lent, evoluând într-o perioadă mult mai lungă. *Spre deosebire de demenţă*, *pseudodemenţa nu este acompaniată de caracteristicile simptomatice neurologice clasice*, *afazia*, *apraxia*, *agnozia*. Dezorientarea de timp, posibilitatea rătăcirii, precum şi dificultăţile din ţinuta vestimentară sunt aspecte mai mult specifice şi comune demenţei, decât depresiilor nervoase.

În cazul pacienţilor care contractează ambele maladii, atât demenţa cât şi depresiunea, *simptomele demenţei sunt prezente cu mult timp înaintea simptomelor depresive*. Prognozele pentru declinele cognitive asociate cu depresii nu au un aspect promiţător. Cei mai mulţi pacienţi se vor îmbolnăvi de maladia depresiei după câţiva ani, de obicei mult mai târziu. Depresiile majore pot fi «indicii» ale unei demenţe ulterioare. Din fericire însă, mulţi dintre pacienţii cu

pseudodemenţă nu evoluează spre adevărata demenţă.